

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1968

THÈSE

n°

128

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Anne BAFFET, née SIMONIN

le 7 février 1943 à Rosny sous Bois (Seine St Denis)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

PROPOS SUR LA THÉRAPEUTIQUE AU LONG COURS
DANS L'ALLERGIE RESPIRATOIRE.

Analyse de 360 dossiers

Président : Mr. GAULTIER, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1968

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Anne BAFFET, née SIMONIN

le 7 février 1943 à Rosny sous Bois (Seine St Denis)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

PROPOS SUR LA THÉRAPEUTIQUE AU LONG COURS
DANS L'ALLERGIE RESPIRATOIRE.

Analyse de 360 dossiers

Président : Mr. GAULTIER, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM. N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
	KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	BAUMANN (J.)
Cliniques chirurgicales	LEGER (L.)
	PATEL (J.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	DEPARIS (M.)
	MILLIEZ (P.)
	N...
Cliniques médicales	BARIÉTY (M.)
	DREYFUS (G.)
	CONTE (M.)
	KOURILSKY (R.)
	BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque Saint-Antoine
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
— — (Cochin)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	OFFRET (G.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BREGEAT (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laennec)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	THIEFFRY (S.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BROUET (G.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	MICHAUX (L.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÈZE (S. de)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DECHAUME (M.)
Clinique toxicologique (F. Vidal)	ROUX (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	GAULTIER (M.)
— — (Necker)	JUDET (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	ABOULKER (P.)
Sémiologie médicale (A. Chantin)	COUVELAIRE (R.)
— — (Lariboisière)	LAPLANE (R.)
— — (Pitié)	DOMART (A.)
— — (Rothschild)	BOUVRAIN (Y.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	RAMBERT (P.)
	WOLFROMM (R.)
	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHEL (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
	POLONOVSKI (Cl.)
Pédiatrie	ROYER (P.)
	KREIS (B.)
Pneumo-Ptisiologie	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM		MM.	
Anatomie pathologique . . .	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale		Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie		Physiologie	
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique . . .	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque . .	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	
	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Maître d'Externat
Monsieur le Professeur Michel GAULTIER
Titulaire de la Chaire de Toxicologie
à la Faculté de Médecine de Paris

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de ma respectueuse
reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554022_0031

A Monsieur le Docteur Pierre GERVAIS

Chef de Service à la Fondation Ophtalmologique A. de Rothschild.

Qui m'a inspiré cette thèse
et qui m'a éclairée de ses précieux conseils
lors de l'élaboration de ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression
de mes remerciements les plus sincères
et de ma pensée reconnaissante.

A Monsieur le Professeur Agrégé Etienne FOURNIER

En témoignage de mon admiration.

A Madame le Docteur O. DIAMANT-BERGER

A Mademoiselle le Docteur F. MELLERIO

En remerciement de l'aide qu'elles m'ont
apportée.

A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Docteur A. PARAF

Monsieur le Professeur P.L. CHIGOT

Monsieur le Professeur Agrégé J. NICK

Monsieur le Professeur Agrégé M. AUSSANNAIRE

Monsieur le Docteur J.A. LIEVRE

Professeur au Collège de Médecine

Monsieur le Professeur R. WOLFROTH.

Que tous trouvent ici l'expression
de ma gratitude pour l'enseignement
que j'ai recueilli auprès d'eux.

P L A N

INTRODUCTION

Chapitre I : Bases objectives de l'activité de la thérapeutique de désensibilisation spécifique.

Chapitre II : Méthodes et moyens d'étude.

Chapitre III : Analyse des résultats globaux.

Chapitre IV : Résultats de la désensibilisation spécifique chez les malades suivis.

Chapitre V : Problèmes posés par les malades non suivis.

Chapitre VI : L'allergie respiratoire professionnelle.

Chapitre VII : Remarques sur la valeur de nos résultats.

CONCLUSION.

*
* * *

I N T R O D U C T I O N

Les débuts d'utilisation de la thérapeutique de désensibilisation spécifique comme traitement des maladies allergiques remontent au début de ce siècle. NOON et FREEMAN en font état en 1911. Quelques hypothèses immunologiques étaient à l'origine de ce traitement.

Depuis, cette thérapeutique a été utilisée sur une large échelle; de nombreux travaux ont explicité son mode d'action et prouvé son efficacité.

La première consultation d'Allergie des Hôpitaux de Paris fut créée par M. le Professeur PASTEUR VALLERY-RADOT à l'Hôpital Bichat.

Depuis cette époque, l'intérêt pour la cure de désensibilisation a connu un grand essor et, actuellement, il existe de nombreuses consultations d'Allergie.

La consultation d'Allergie du Service de M. le Professeur Michel GAULTIER a été ouverte en 1959. Après huit années de fonctionnement sous la responsabilité du Docteur P. GERVAIS, celui-ci a bien voulu nous confier la tâche d'en esquisser un bilan.

De l'ensemble des dossiers de la consultation, nous avons extrait les dossiers des malades atteints d'allergie respiratoire pour en faire l'objet de notre étude.

Avant d'en arriver à notre travail proprement dit, nous voudrions exposer quelques-unes des études objectives faites récemment sur la thérapeutique de désensibilisation spécifique.

*

* *

CHAPITRE I

BASES OBJECTIVES DE L'ACTIVITE DE LA THERAPEUTIQUE DE DESENSIBILISATION SPECIFIQUE

I - ETUDE CLINIQUE

Toutes les études se proposant de démontrer l'efficacité clinique des désensibilisations spécifiques chez les sujets atteints d'allergie respiratoire sont conduites en utilisant la méthode dite "double aveugle".

Le lot des patients étudiés est séparé, au hasard, en deux groupes : le premier reçoit une thérapeutique de désensibilisation spécifique alors que le deuxième groupe reçoit des injections de placebo. Ce placebo est maquillé de telle sorte qu'il est impossible au médecin ou au malade de le distinguer de l'allergène; le médecin lui-même est tenu dans l'ignorance de l'existence du placebo dans le traitement de certains de ses malades.

FRANKLAND en 1954 conduit une étude sur 200 patients; il observe 79 % de résultats satisfaisants chez les sujets traités par la désensibilisation spécifique contre 33 % de bons résultats chez les sujets recevant un placebo.

LOVELESS en 1957 observe 69 % de bons résultats avec la désensibilisation spécifique, 44 % avec le placebo.

DWORETZKY en 1964 fait une étude pendant 3 ans sur des sujets atteints de pollinose. Il ne constate aucune différence entre le groupe traité par placebo et celui traité par de très faibles doses d'allergène.

En 1963, LOWEL et FRANKLIN étudient une centaine de patients atteints de rhinite allergique, mais ils ne constatent pas de différence significative entre les deux groupes.

De 1960 à 1964, V.J. FONTANA étudie 110 enfants, âgés de 6 à 17 ans, atteints d'une manifestation allergique respiratoire (asthme ou coryza) dont

le caractère saisonnier est évident. Cette pollinose est "pure", datant d'au moins deux années, n'a jamais été traitée, les tests cutanés pratiqués avec l'allergène (ambrosia) sont très positifs.

Ces enfants sont suivis pendant quatre années en appréciant les résultats chaque quinzaine. Au terme de ces quatre années, les conclusions sont les suivantes : "Même si les injections spécifiques peuvent donner une amélioration à ces enfants, le pourcentage d'amélioration de ce groupe comparé à celui recevant du placebo est peu différent de celui que l'on pourrait avoir dans des séries de hasard."

Les doses allergéniques utilisées par FONTANA sont telles qu'elles ne doivent jamais entraîner de réactions locales.

Les résultats de l'étude de LOWELL et FRANKLIN sont très différents. Pour ces auteurs, la différence observée entre les deux groupes est très significative pendant toute la durée de l'exposition pollinique. Cette étude, conduite en double aveugle, portait sur des adultes atteints de manifestations allergiques estivales des voies respiratoires. Les doses allergéniques utilisées sont celles qui n'entraînent pas de réactions focales mais qui peuvent donner une réaction locale.

Les doses utilisées pour la désensibilisation des malades de LOWELL sont plus élevées que celles utilisées par FONTANA. F.C. LOWELL montre dans une étude en double aveugle (J.A.M.A., sept. 67) que les malades recevant de faibles doses d'allergènes sont moins améliorés que ceux qui reçoivent des doses plus élevées.

Ces études montrent donc que la thérapeutique de désensibilisation spécifique amène une amélioration clinique évidente. De plus, pour être efficace, la désensibilisation spécifique doit se faire à une dose suffisante qui, en général, est la dose maximale qui n'entraîne pas de réaction focale.

Il est important de noter que, d'une part ces études ont porté uniquement sur des allergies aux pollens et que, d'autre part, la sélection des patients a été faite en éliminant toutes les associations infectieuses viscérales ou psychologiques capables d'avoir une influence majeure sur le déroulement des manifestations allergiques.

II - ETUDE PARACLINIQUE

Dans son étude en "double aveugle", V.J. FONTANA constate que le seuil de sensibilité de la peau envers les extraits de pollens responsables des manifestations cliniques s'élève chez les malades traités avec ces extraits de pollen alors qu'il reste inchangé chez les malades recevant du placebo.

L'étude de George-A. SPECACE porte sur 100 sujets, atteints de pollinose, désensibilisés avec l'antigène jugé responsable des manifestations cliniques et dont l'évolution est suivie par des tests cutanés refaits régulièrement.

L'analyse des résultats permet d'affirmer :

- qu'il existe une diminution définitive très significative du seuil de sensibilité cutanée (la dilution pour obtenir l'intensité de positivité du test cutané de départ doit être augmenté de 1/100);
- la diminution de l'intensité de la réponse cutanée ne se manifeste que vis-à-vis de l'antigène utilisé pour la désensibilisation;
- elle est plus marquée lorsque les malades reçoivent des injections à une dose élevée.

Cette diminution est plus marquée pour la désensibilisation aux pollens que pour celle à la poussière de maison.

III - ETUDE BIOLOGIQUE

1°) Anticorps bloquants et réaction de Prausnitz Küstner

La transmission passive de l'hypersensibilité allergique a été prouvée par PRAUSNITZ et KÜSTNER. Robert COOKE montre qu'il est possible de transmettre passivement l'immunité apportée par la désensibilisation spécifique : la transfusion passive du sang d'un sujet atteint de pollinose et traité par désensibilisation spécifique provoque une accalmie temporaire chez le receveur atteint de pollinose.

Le support de cette immunité est la création, par le traitement, d'anticorps spécifiques de type immuns, appelés anticorps bloquants. Il n'existe pas à l'heure actuelle de méthodes biologiques simples contrôlant l'efficacité du traitement. Nous parlerons cependant de deux techniques :

2°) Test de la fenêtre dermique

Cette technique consiste à :

- abraser l'épiderme du patient sur une surface de 1 cm²
- à appliquer l'antigène sur cette surface
- à fixer à ce niveau une série de lames transparentes
- à examiner les formules cytologiques recueillies sur les lames 24 à 48 h plus tard.

Elle a été appliquée dans plusieurs études (FOWLER et LOWELL; HALL et LOWELL).

Ces auteurs étudient les formules cytologiques de patients atteints de pollinose. Ils constatent que :

- il existe une importante éosinophilie avant tout traitement
- cette éosinophilie diminue (passant de 20 % à 4 %) au cours de la désensibilisation spécifique en même temps que les symptômes cliniques s'amendent.

3°) Libération d'histamine

L.M. LICHTENSTEIN a montré récemment qu'il existe une diminution de la libération d'histamine in vitro à partir des leucocytes, de sujets allergiques. Cette diminution est en rapport direct avec la désensibilisation spécifique.

En conclusion : la désensibilisation spécifique dans la pollinose entraîne une amélioration clinique supérieure à celle que l'on obtient avec un placebo.

Les tests cutanés sont le seul moyen simple de suivre l'évolution de cette thérapeutique.

*
* * *

CHAPITRE II

METHODES ET MOYENS D'ETUDE

I - METHODES D'ETUDE

La consultation d'Allergie de la Clinique de Toxicologie eut d'abord pour but l'étude de la pathologie de l'environnement. Mais, étant donné la fréquence des intrications de cause, bien vite est apparue la nécessité d'étudier également la pathologie due aux allergènes organiques courants, tels les pneumallergènes domestiques ou les pollens.

Par la suite, tous les malades hospitalisés pour asthme à l'Hôpital Fernand-Widal furent adressés de façon systématique à la consultation d'Allergie.

Environ 2.000 malades sont venus consulter au moins 1 fois de 1959 à 1967 pour des manifestations allergiques tant respiratoires que cutanées.

Nous avons entrepris le dépouillement des dossiers de la consultation d'Allergie en les sélectionnant de la manière suivante :

1°) Nous n'avons retenu que les sujets présentant une symptomatologie respiratoire, en excluant délibérément de notre étude les sujets venus consulter pour d'autres manifestations : cutanées, digestives ou oculaires.

2°) Les malades de notre étude présentent une manifestation respiratoire de type allergique (asthme, rhinite, sinusite, toux, ou éternuements paroxystiques).

Bien que le diagnostic soit parfois évident, il est dans certains cas difficile et doit s'appuyer sur le résultat d'examens complémentaires.

3°) Ces malades ont accepté de subir un minimum d'examens complémentaires permettant d'affirmer la nature allergique de leur symptomatologie.

4°) Ces malades ont une gêne fonctionnelle suffisamment importante pour entraîner une thérapeutique de désensibilisation dans les cas où celle-ci est possible.

Au total, nous avons retenu les dossiers de 360 malades pour lesquels la décision d'une désensibilisation spécifique avait été prise. Notre étude a été faite à l'aide d'une fiche mécanographique. Le dépouillement du travail a été fait à l'aide d'une trieuse manuelle.

II - MOYENS D'ETUDE

Les malades, adressés par les correspondants du Service, les Médecins du Travail, les Médecins des autres services ou venus consulter spontanément, sont reçus deux fois par semaine sur rendez-vous.

Il est important de souligner le rôle de l'infirmière dans cette consultation : celle-ci est au courant de l'ensemble des problèmes posés par les tests cutanés et la désensibilisation. Un grand nombre de malades qui doivent recevoir une désensibilisation sans danger, telle celle aux pneumallergènes domestiques, sont vus le matin, de très bonne heure, avant les heures de travail par l'infirmière qui assure la pratique des injections; ces malades sont vus par le médecin dès qu'un problème se pose.

De nombreuses désensibilisations sont d'autre part confiées au médecin traitant, mais les malades sont revus à chaque changement de dilution.

Après l'interrogatoire du patient, les tests sont généralement pratiqués lors de la première consultation (les allergènes utilisés sont ceux de l'Institut Pasteur et ceux préparés par différents laboratoires d'origine anglaise ou américaine).

- Les tests pratiqués sont avant tout orientés vers les pneumallergènes, plus accessoirement vers les antigènes mycosiques ou microbiens;

- En pathologie professionnelle, les tests sont spécifiques, pratiqués le plus souvent en épicutané.

Puis une série d'examens complémentaires est demandée :

- radio pulmonaire
- numération-formule sanguine
- examen O.R.L.
- épreuves fonctionnelles respiratoires qui, actuellement, sont faites à la plupart des patients, mais ne comportent qu'un seul test pharmacodynamique : inhalation d'aleudrine
- examens immunologiques : latex - histamine, (cytologie des tests de la fenêtre dermique.)

Du point de vue thérapeutique, une grande importance est accordée à la mise en oeuvre de mesures d'hygiène :

- hygiène domestique : éviction rigoureuse de certains pneumallergènes particulièrement nocifs comme les plumes de literie ou les animaux domestiques
- hygiène professionnelle : aération des locaux, éviction de certains produits.

Lorsque la décision d'une désensibilisation est prise, la conduite du traitement comporte deux périodes :

- la première, où les injections sont faites chaque semaine à dose progressive jusqu'à obtenir une dose efficace et suffisamment importante pour permettre d'espacer progressivement les injections,
- la seconde où les injections sont faites à un rythme mensuel. Il nous est apparu que ce traitement d'entretien doit être maintenu fort longtemps pour éviter l'apparition de rechutes.

*
* * *

CHAPITRE III
ANALYSE DES RESULTATS GLOBAUX

1°) Etude clinique

Antécédents

15 % de nos patients possédaient des antécédents allergiques familiaux
23 % avaient des antécédents allergiques personnels.

Manifestations allergiques associées

Association asthme et eczéma	18 cas
" asthme et urticaire	13 cas
Asthme associé à des manifestations oculaires	10 cas
Asthme associé à des bronchites	15 cas
Asthme associé à un coryza	7 cas
Rhinite ou sinusite associée à des manifestations cutanées	7 cas.

Fréquence relative des allergènes

La fréquence relative des allergènes pour tous les malades étudiés est représentée dans le tableau suivant :

T A B L E A U N ° 1

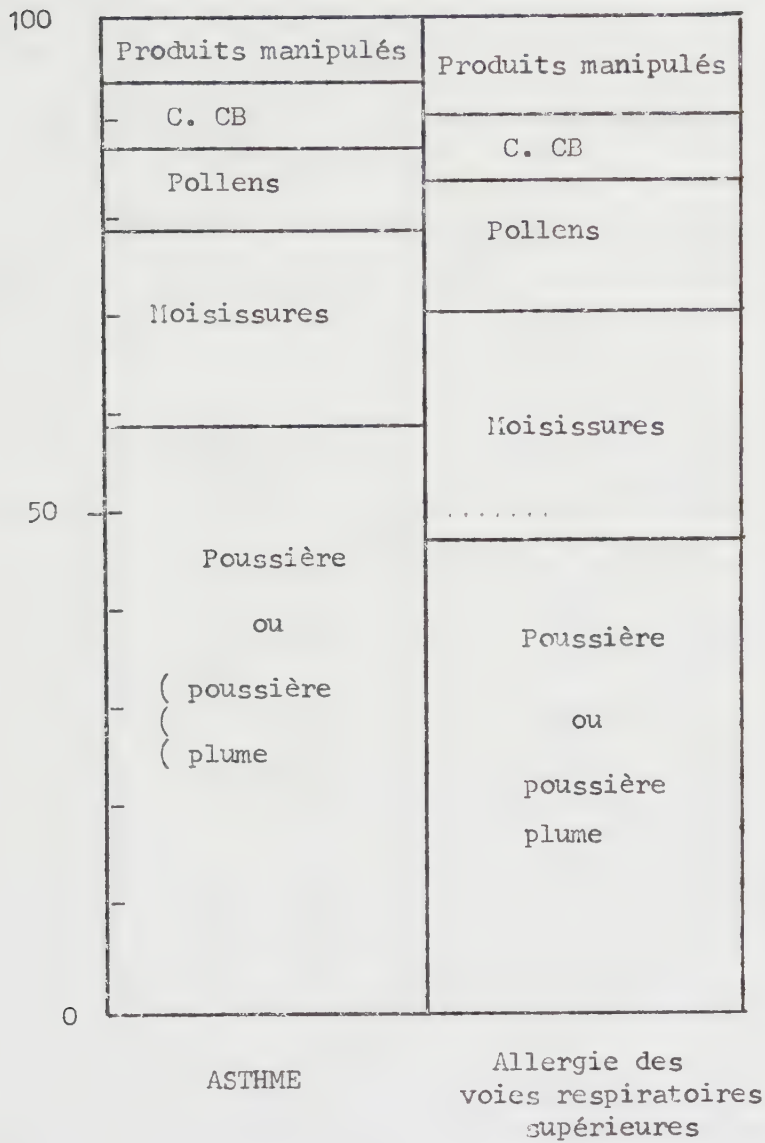


DIAGRAMME DE LA FREQUENCE DES ALLERGENES

2°) Etude thérapeutique

Nous avons séparé les 360 dossiers en 3 grandes catégories :

- a) malades suivis
- b) malades non suivis
- c) malades vus à l'occasion d'une consultation professionnelle.

Dans tous ces cas, la décision d'une désensibilisation avait été prise.

Dans chacune de ces trois catégories nous avons étudié la fréquence des diverses manifestations cliniques. Nous en donnons la représentation dans le tableau n° 2.

	Malades suivis	Malades non suivis	Malades professionnels	TOTAUX
ASTHME	76	146	50	272
BRONCHITE	3	2	1	6
CORYZA	23	32	5	60
SINUSITE	3	2	1	6
TOUX SPASMODIQUE	3	4	2	9
DYSPNEE	2	0	5	7
TOTAUX	110	186	64	360

- Le premier groupe comporte les malades suivis; ce sont ceux qui ont été désensibilisés régulièrement pendant plus de quatre mois. Ils représentent 30 % de la totalité des dossiers étudiés.

- Le deuxième groupe est celui des malades non suivis : tous ces patients ont abandonné avant quatre mois de traitement. Ils sont au nombre de 186, soit 52 % au total.

- Le troisième groupe réunit les malades dont le phénomène allergique semble en rapport avec la profession. Ils sont au nombre de 64, soit 18 % du total. Ces malades ne se font pas suivre, à l'exception de 4 d'entre eux.

CHAPITRE IV
RESULTATS DE LA DESENSIBILISATION
SPECIFIQUE CHEZ LES MALADES SUIVIS

Les résultats de nos 110 patients se répartissent ainsi :

	Asthme	Autres allergies respiratoires	Totaux
Excellents	18	8	26 (24 %)
Assez bons	41	16	57 (52 %)
Nuls	17	10	27 (24 %)

TABLEAU N° 3 : Répartition des résultats.

- Les résultats sont dits excellents lorsque les malades n'ont plus présenté depuis janvier 1967 les manifestations allergiques pour lesquelles ils ont été traités.

Ils représentent 24 % des malades suivis.

- Les résultats sont dits bons lorsque les malades n'ont présenté qu'une symptomatologie mineure depuis janvier 1967.

Ils représentent 52 % de nos patients.

Il y a donc 76 % de résultats satisfaisants chez nos malades suivis et traités régulièrement.

- 24 % de nos malades n'ont pas été améliorés.

Nous avons ensuite analysé les résultats en fonction des divers facteurs qui présentent une importance dans le déroulement des manifestations cliniques.

I - ANALYSE DES RESULTATS EN FONCTION DES PRISES MEDICAMENTEUSES

La diminution des prises médicamenteuses, voire son arrêt total est un des meilleurs reflets de l'activité de la thérapeutique de désensibilisation.

1°) Pour les malades présentant un excellent résultat (26) :

- 11 asthmatiques étaient sous corticothérapie régulière avant traitement. Tous l'ont cessé.
- 16 patients ne prennent plus jamais de médicaments; les 10 autres prennent d'une manière très épisodique un antihistaminique ou de la théophylline.

2°) Pour les bons ou assez bons résultats (57) :

- Avant le traitement de désensibilisation, 28 asthmatiques sont sous corticothérapie régulière.
- 19 ont pu l'arrêter totalement.
- Cependant 15 malades de cette série continuent à prendre des médicaments de façon régulière.

3°) Pour les malades qui ne sont pas améliorés (27) :

- sur 17 asthmatiques : 11 sont encore sous corticothérapie
- sur 10 affections allergiques des voies respiratoires supérieures : tous ont recours à des thérapeutiques symptomatiques diverses.

II - RESULTATS ET EPREUVES FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES

La normalisation des épreuves fonctionnelles respiratoires s'observe au cours de la désensibilisation. Elle est contemporaine à l'amélioration clinique.

Dans quelques cas, ces E.F.R. ont été faites avant et après traitement. Nous avons pu constater l'augmentation du volume expiratoire maxima par seconde; chez ces 6 patients, le coefficient de Tiffeneau revient à la normale alors qu'il était très perturbé avant traitement : (20 % chez 2 de nos malades, 34 %, 45 %, 50 %, 50 %).

III - RÉSULTATS EN FONCTION DE L'ÂGE DU PATIENT

Ils sont exprimés par le tableau suivant :

Age	Excellent	Bon et assez bon	Nul
Avant 20 ans	5	10	2
Moins de 30 ans	2	9	3
Moins de 40 ans	9	14	8
Moins de 50 ans	5	12	5
Plus de 50 ans	4	12	9

TABLEAU N° 4 : Résultats en fonction de l'âge.

Le pourcentage de bons résultats obtenu par la désensibilisation spécifique est plus élevé chez les sujets jeunes.

IV - RÉSULTATS EN FONCTION DE L'ALLERGÈNE EN CAUSE

Ils sont exprimés par le tableau n° 5. (L'allergène utilisé dans la désensibilisation est toujours celui qui est jugé le plus responsable des manifestations cliniques).

Désensibilisation à	Excellents	Bons	Nuls
Pollen	4	6	1
Poussière de maison	11	12	6
Poussière - plume	9	12	3
Poussière - C.C.B.	2	3	2
Associations av. moisissures	0	18	15
Ass. av. poussière	0	6	0

TABLEAU N° 5 : Résultats en fonction de l'allergène utilisé dans la thérapeutique

Les résultats sont plus fréquemment bons dans une désensibilisation simple, bien codifiée, comme celle aux pollens ou à la poussière de maison.

Par contre la désensibilisation avec des moisissures atmosphériques donne des résultats nuls dans près de 50 % de nos cas.

V - PERSISTANCE DU TRAITEMENT

La durée du traitement est un facteur décisif dans le résultat à longue échéance.

5 de nos malades asthmatiques allaient très bien après une période de désensibilisation variant de 6 mois à 2 ans. Ils ont cessé leur traitement. Après un temps variable, ils sont tous revenus nous voir pour une rechute. La désensibilisation reprise, l'amélioration clinique fut de nouveau spectaculaire.

Actuellement 27 de nos patients reçoivent une injection d'entretien tous les mois environ. Ces malades ont été considérablement améliorés par la désensibilisation, et cette amélioration persiste.

3 de nos malades allaient fort bien et ont présenté une rechute quelques mois après l'arrêt du traitement. Ils n'ont pas voulu reprendre une nouvelle désensibilisation qu'ils jugeaient trop astreignante; ils ont repris des corticoïdes.

VI - IMPORTANCE DU TERRAIN

1°) Maladie atopique

4 de nos malades présentaient une association d'asthme et d'eczéma évoluant depuis l'enfance. Malgré une allergie certaine aux pneumallergènes domestiques, une désensibilisation régulière, le traitement n'a pas donné d'amélioration.

Cette association d'asthme et d'eczéma constitue la forme majeure de la maladie atopique telle qu'elle est définie par les auteurs américains (COCA). Tout se passe comme si l'asthme faisait partie d'un complexe pathologique plus étendu, comportant dans sa forme constitutive sévère le complexe

asthme et eczéma et dans sa forme mineure l'asthme isolé se manifestant souvent après la deuxième enfance.

Dans ces syndromes asthme et eczéma, la désensibilisation aggrave souvent l'eczéma. L'asthme résiste à toutes les mesures d'hygiène domestique, nécessitant une thérapeutique médicamenteuse continue.

2°) Terrain psychologique

Deux de nos malades femmes présentaient un asthme grave par allergie à la poussière de maison. Ces deux malades étaient anxieuses, très nerveuses, et malgré la désensibilisation et le traitement du neuro-psychiatre, aucune amélioration n'a pu être notée.

Au total : les résultats sont d'autant plus satisfaisants que :

- l'allergie est le facteur dominant du tableau
- le sujet est plus jeune
- l'allergène responsable est unique
- le malade est psychologiquement bien équilibré.
- la désensibilisation a été suffisamment prolongée.

*

* *

CHAPITRE V

PROBLEMES POSES PAR LES MALADES NON SUIVIS

52 % de nos malades atteints d'une manifestation respiratoire allergique, n'ayant pas de relation avec leur métier, abandonnent le traitement qui leur était proposé.

Ces 186 patients ont abandonné avant 4 mois de traitement. La plupart des abandons se font au cours du premier mois. Les malades venus plus d'un mois et moins de quatre mois sont fort rares.

Les causes de cet abandon massif du traitement sont certainement nombreuses, variant avec chaque cas, mais nous en avons analysé quelques-unes.

I - FACTEURS D'ABANDONS

1°) La fréquence des abandons est plus élevée chez les sujets de 20 à 40 ans, c'est-à-dire chez ceux qui présentent une activité professionnelle plus intense.

- 36 patients ont moins de 20 ans : 17 se font suivre régulièrement, c'est-à-dire 47 % d'entre eux.
- 135 patients ont entre 20 et 40 ans : 46 se font suivre régulièrement, c'est-à-dire 34 % d'entre eux.
- 113 patients ont plus de 40 ans : 47 suivent régulièrement la désensibilisation proposée, soit 42 % d'entre eux.

2°) Nous avons pensé que le sexe de nos malades pouvait avoir une influence sur la poursuite régulière du traitement, mais le pourcentage d'hommes abandonnant la thérapeutique prescrite est peu différent de celui des femmes.

Par contre, 40 sujets originaires d'Afrique du Nord, presque tous Algériens, sont venus nous consulter pour des manifestations allergiques respiratoires (36 asthmes, 4 rhinites). Tous ont reçu au moins une injection allergénique désensibilisante, puis ont cessé de venir à la consultation. Parmi ces patients, un seul a suivi régulièrement la thérapeutique proposée, et actuellement, après huit mois de traitement, le résultat est excellent.

Le problème, pour ces patients qui sont sévèrement atteints dans de nombreux cas, est de leur faire comprendre la nécessité d'un traitement au long cours, même si une amélioration clinique rapide s'est fait sentir.

3°) La bonne volonté pour la poursuite de ce traitement au long cours est influencée par l'intensité des signes cliniques.

Chez les malades asthmatiques, nous avons remarqué que 68 % de ceux qui ont accepté la désensibilisation prenaient une corticothérapie régulière avant le traitement, alors que 33 % seulement des malades qui n'ont pas voulu se faire désensibiliser prennent des corticoïdes d'une manière plus ou moins continue.

Parallèlement, les malades atteints d'une rhinite chronique qui accepteront une thérapeutique au long cours sont ceux qui ont une gêne fonctionnelle intense. Un malade acceptera plus facilement de poursuivre la désensibilisation spécifique si les manifestations allergiques qu'il présente lui sont une entrave pour la vie courante.

4°) Une des causes les plus importantes d'abandon est le manque de facilités, dans le cadre d'une consultation hospitalière, offerte aux patients pour recevoir leur désensibilisation en dehors des heures de travail.

Il faut souligner l'importance de l'organisation dans une consultation d'Allergie :

- Le problème horaire est très important. S'il était possible d'organiser des consultations en dehors des heures de travail, le nombre de malades acceptant une thérapeutique au long cours serait certainement plus important.

- Il faut faire comprendre à ces malades la nature de l'affection dont ils souffrent. Si leur maladie se manifeste par des épisodes paroxystiques les laissant sans troubles entre les crises, il s'agit en fait d'une maladie de diathèse.

II - DEVENIR DE NOS MALADES NON TRAITES

Nous avons déjà souligné la fréquence des rechutes après l'abandon de la désensibilisation.

- 8 malades, après une désensibilisation régulière qui leur avait apporté une amélioration clinique évidente, ont été revus lors d'une rechute grave apparue quelques mois après l'arrêt du traitement. Seulement 5 d'entre eux ont accepté de reprendre la désensibilisation qui leur a amené de nouveau une amélioration.

- 10 malades ont été revus plusieurs fois à la consultation d'Allergie pour des manifestations allergiques ayant entraîné des hospitalisations successives.

Dans tous ces cas, il s'agissait de sujets Nord-Africains présentant une allergie à la poussière de maison; à chacun de leur passage à la consultation, nous avons essayé de les persuader de poursuivre les injections désensibilisantes, mais ils ne sont jamais revenus d'eux-mêmes.

Voici quelques exemples de ces évolutions catastrophiques :

a) M. Aït S..., 37 ans, Kabyle. Après 10 ans d'un séjour en France où il est manoeuvre dans un atelier très empoussiéré, ce patient présente sa première crise d'asthme en janvier 1966. Nous le voyons pour la première fois à cette époque car il est hospitalisé. Il existe une allergie évidente à la poussière de maison. L'asthme est intense, avec des crises paroxystiques nécessitant son hospitalisation à 12 reprises en 5 mois. Envoyé chaque fois à la consultation d'Allergie, nous essayons une désensibilisation à la poussière de maison et aux plumes. Il cesse de venir, dès sa sortie de l'Hôpital.

La fin de ce malade est difficile à imaginer; devant le refus, ou la non compréhension peut-être, de se soumettre à une thérapeutique appropriée, et devant les hospitalisations itératives, ce malade fut classé comme indésirable à l'Hôpital Fernand-Widal. Tous les examens complémentaires semblaient cependant faire prévoir un bon succès à la désensibilisation.

b) M. MR..., 24 ans, Algérien. Nous avons vu ce malade 3 fois en 1966, à chaque fois lors d'une hospitalisation à Fernand-Widal pour asthme.

L'exploration chez ce malade permet d'affirmer qu'il existe une allergie à la poussière-plume (il existe un bronchospasme aux E.F.R., levé par aleudrine. L'éosinophilie sanguine est à 15 %).

La désensibilisation, non suivie, ne peut être menée à bien; nous le retrouvons à plusieurs reprises en 1967 pour de nouvelles hospitalisations. L'asthme s'est aggravé.

c) M. M. A..., 33 ans. Le problème est toujours le même pour ce ferrailleur algérien. Depuis avril 1966 nous avons noté 8 hospitalisations de plusieurs jours pour asthme. Dès que le malade quittait l'hôpital, il revenait le soir même pour une nouvelle crise.

L'essai de désensibilisation n'a jamais pu être mené à bien.

*
* *

CHAPITRE VI
L'ALLERGIE RESPIRATOIRE PROFESSIONNELLE

La consultation d'Allergie de l'Hôpital Fernand-Widal est orientée vers la pathologie professionnelle.

Si 18 % de nos consultants (64 patients) sont envoyés par la Médecine du Travail, 9 % seulement ont un asthme dépendant des allergènes professionnels. Les manifestations allergiques chez ces patients ne surviennent que sur les lieux du travail, elles cèdent durant les vacances et les jours de congé, reprennent à la reprise du travail.

Nos malades se répartissent ainsi :

50 asthmatiques dont :

4 présentent une rhinite associée

4 travailleurs manuels présentant une "dermite" de contact associée

3 ont un urticaire associé

1 ayant eu un oedème de Quincke sur les lieux du travail.

7 rhinites chroniques

5 manifestations dyspnéiques permanentes, ne survenant qu'au travail

2 malades présentant des étournements paroxystiques ou une toux spasmodique sur les lieux du travail.

Nous avons réparti nos malades en trois catégories selon les résultats des tests cutanés et nous avons étudié leur devenir.

I - L'ALLERGENE PROFESSIONNEL EST SEUL EN CAUSE

ALLERGENE	PROFESSION	CLINIQUE	DEVENIR
Laine	Confection en tricot	Asthme	Eviction ?
Fourrure	Fourreur	Asthme	Non suivi
Kératine	Coiffeuse	Asthme	Non suivi
Kératine	Coiffeuse	Asthme	A changé de métier
Kératine	Coiffeur	Asthme	Non suivi
a Chymo-trypsine	Infirmière	Asthme	Eviction du produit
Paragerme	Infirmière	Asthme	Eviction du produit
Tetryl	Chimiste	Asthme+ Eczéma	Eviction du produit
Formol	Ouvrier mat. plast.	Asthme+Urticaire	Non suivi
Groupepts phénols	Mécanographe	Asth.+Urtic.+ Oedème Quinck.	Change de métier
Gomme arabique	Imprimeur	Asthme+Rhinite	Non suivi
Bois exotiques	Menuisier	Asthme	Non suivi
Platinose	Ingénieur	Asthme	Non suivi
Grpmts phénols	Ouvrier	Asthme	Non suivi
Farine	Boulangier	Dyspnée	Désensibilisation
Formol	Chimiste	Asthme	Eviction du produit

TABLEAU N° 6

Il n'existe chez ces sujets qu'une allergie professionnelle. Les autres enquêtes allergologiques ont été négatives.

II - L'ALLERGENE PROFESSIONNEL N'EST PAS SEUL EN CAUSE

Les malades sont analysés suivant le tableau n° 7.

Allergène professionnel	Profession	Pneumaller-gène	Clinique	Devenir
Formol	Industrie chimique	Moisissures	Asthme	Change de métier
Formol	Industrie chimique	Poussière - plumes	Asthme	Non suivi
Bois exotiq.	Menuisier	Candidine	Asthme	Non suivi
Farine	Boulangier	Poussière	Asthme	Début de désensib. poussière : non suivi
	Radiologue	Poussière	Asthme	Désensibilisation poussière : bon.
Gomme arab.	Imprimeur	Poussière	Asthme	Eviction du prod.
Kératine	Coiffeur	Poussière	Asthm.+Eczéma	Non suivi
Platinose	Chimiste	Poussière	Asthm.+Eczéma	Eviction du prod.
Gomme arab.	Imprimeur	Poussière	Asthme	Désensibilisation poussière : bon
Formol	Industrie mat. plastiq.	Poussière - plumes	Asthme	Désensibilisation poussière : nul
Pénicilline	Infirmière	Poussière	Asthme	Eviction du prod.
Farine	Boulangier	Poussière	Toux	A changé de métier
Tissus coton	Couturière	Poussière	Rhinite	Non suivi
Bois exotiq.	Menuisier	Poussière	Rhinite	Non suivi
Formol	Vernissage	Candidine	Asthme	Non suivi

Tous ces malades ne présentent des manifestations allergiques que sur les lieux du travail.

L'asthme déclenché par l'allergène professionnel est aggravé par les pneumallergènes. L'éviction de l'allergène professionnel amène la guérison. La désensibilisation possible avec les pneumallergènes amène une grande amélioration.

III - L'ALLERGENE PROFESSIONNEL N'EST PAS EN CAUSE

Ces malades ont une manifestation allergique des voies respiratoires qui ne survient que sur les lieux du travail, qui cède avec lui.

Les tests cutanés pratiqués avec les allergènes professionnels sont négatifs; l'enquête allergologique complète révèle qu'il existe une positivité des tests cutanés pratiqués avec les allergènes courants.

Les mauvaises conditions du travail ont un rôle important dans ces cas.

Chez 15 de nos patients, qui présentent un asthme sévère à leur travail, nous trouvons des tests cutanés très positifs avec la poussière. Tous ces sujets travaillaient dans une atmosphère très empoussiérée. Parmi eux on trouve des cimentiers, des soudeurs, des ouvriers travaillant dans un atelier mal aéré, un ouvrier travaillant dans une usine de craie.

Ces patients n'ont été incommodés que sur les lieux du travail. Ils n'ont jamais voulu entreprendre une désensibilisation spécifique, et les manifestations cliniques se sont améliorées lorsque les lieux de travail ont été mieux aérés; parfois l'ouvrier a été obligé de changer de poste.

Chez 8 de nos patients qui ne présentent des manifestations asthmatiques intenses qu'à leur travail, nous trouvons des tests cutanés positifs avec les pneumallergènes courants. Ces sujets travaillaient soit dans l'industrie chimique, soit dans l'industrie des matières plastiques. Chez ces sujets nous avons incriminé les polluants atmosphériques irritants qui ont déclenché la maladie asthmatique. 6 de ces 8 malades présentaient des antécédents allergiques personnels ou familiaux.

Là aussi nous avons proposé des mesures d'hygiène industrielle.

Les pneumallergènes courants peuvent être classés comme allergènes professionnels pour le personnel de maison.

Nous avons traité avec succès un jardinier de la Ville de Paris atteint d'une pollinose dont les manifestations nasales et asthmatiques étaient intenses.

Nous avons suivi plusieurs femmes de ménage présentant un asthme par allergie à la poussière.

IV - PLACE DE L'ASTHME PROFESSIONNEL DANS UNE CONSULTATION D'ALLERGIE

L'asthme professionnel représente moins de 10 % de nos patients, bien que la consultation soit orientée vers la pathologie professionnelle (31 patients seulement).

Les asthmes pris en charge au titre des maladies professionnelles sont l'extrême minorité puisque seuls sont mentionnés dans les tableaux les asthmes aux bois exotiques et à la pénicilline.

Au total, du point de vue pratique, nous sommes amenés à distinguer 4 groupes d'asthmes professionnels :

- 1°) Ceux qui sont dûs à des pneumallergènes naturels complexes du type classique :
- pneumallergènes domestiques pour le personnel de maison
 - phanères animaux et pollens pour les sujets travaillant dans les entreprises agricoles
 - farine chez les boulangers.

Les tests cutanés sont positifs, la désensibilisation est possible.

2°) Ceux qui sont dûs à des macromolécules simples d'origine industrielle (gomme arabique...). Les tests cutanés sont positifs, la désensibilisation est impossible.

3°) Ceux qui sont dûs à des substances simples, à forte affinité protéique, dont certains sont probablement des haptènes. Les tests cutanés sont instamment positifs et la désensibilisation est toujours impossible. Les épreuves d'inhalation ont évidemment une très grande importance pour établir le diagnostic.

4°) Ceux dûs à des polluants atmosphériques irritants. Il s'agit souvent de maladie asthmatique commune aggravée par une mauvaise hygiène professionnelle.

L'amélioration des conditions de travail, la désensibilisation aux pneumallergènes non professionnels sont souvent efficaces.

*

* *

CHAPITRE VII

REMARQUES SUR LA VALEUR DE NOS RESULTATS

1°) Notre étude n'est évidemment pas assimilable aux études conduites en double aveugle et citées précédemment. Les auteurs américains ont démontré l'efficacité de la désensibilisation spécifique dans l'allergie respiratoire. C'est en se basant sur ces études objectives que les thérapeutiques de désensibilisation ont été pratiquées sur une grande échelle.

2°) Il est intéressant de comparer les résultats d'une consultation d'Allergie avec ces études scientifiques. Le pourcentage de sujets améliorés par la désensibilisation spécifique est de l'ordre de 70 % pour les auteurs américains.

Lorsque nous comparons nos résultats (26 % de résultats excellents, 57 % de bons résultats, 24 % de résultats nuls) avec ceux des différents centres français et étrangers qui ont entrepris des études systématiques des traitements de désensibilisation, nous constatons qu'il existe une grande analogie.

Chez les adultes, la statistique de M. le Professeur WOLFROMM portant sur 216 cas d'asthme suivis régulièrement pendant 5 ans donne les chiffres suivants :

- 59 % de succès nets
- 18 % de succès modérés
- 29 % d'échec.

De nombreux bilans pratiqués chez des enfants traités par une désensibilisation pour une allergie respiratoire montrent qu'il existe 60 à 80 % de bons résultats.

3°) Le bilan de la consultation d'Allergie de l'Hôpital Fernand-Widal montre que :

76 % des sujets qui ont été désensibilisés ont été améliorés

24 % de ces mêmes patients n'ont pas été améliorés.

Mais, en fait, il faut retenir que le pourcentage de sujets ayant retiré un bénéfice net de la thérapeutique ne représente que 23 % des sujets venus consulter pour une manifestation allergique des voies respiratoires.

*

* *

C O N C L U S I O N

1°) La maladie asthmatique de l'adulte jeune est dans 90 % des cas causée par les allergènes courants : pneumallergènes domestiques, moisissures atmosphériques, allergènes microbiens. C'est seulement dans un peu moins de 10 % des cas qu'elle est causée par un allergène d'origine professionnelle (dans le cadre de nos observations).

2°) La maladie asthmatique est souvent familiale, et les épisodes aigus peuvent entraver la vie entière du sujet.

Les arrêts de travail fréquents, les hospitalisations répétées sont le lot des cas les plus sévères.

3°) Les thérapeutiques médicamenteuses ou psychothérapiques isolées ne permettent pas, dans la majorité des cas, d'obtenir une stabilisation, et conduisent à une dépendance définitive vis-à-vis des corticoïdes ou des sympathomimétiques.

4°) La désensibilisation spécifique utilisant les pneumallergènes de l'Institut Pasteur permet, dans une très forte proportion (76 % dans notre série) de cas d'asthme où l'enquête allergologique a été positive, d'obtenir une grande raréfaction des attaques d'asthme et une très forte diminution du besoin en médicaments (corticoïdes en particulier).

Cette désensibilisation est un traitement complémentaire, presque toujours associé aux précautions d'hygiène domestique et professionnelle indispensables.

5°) Lorsque le traitement de désensibilisation est efficace, il doit être poursuivi par des injections espacées d'environ un mois, pendant plusieurs années, sans que l'on connaisse actuellement des méthodes objectives permettant de fixer un terme à ce traitement d'entretien.

Il serait souhaitable que, à l'avenir, des séries de traitements contrôlés définissent mieux les conditions d'efficacité des traitements de désensibilisation.

6°) Dès maintenant, il paraît nécessaire de prévoir les mesures médico-sociales favorisant, chez les travailleurs, les traitements continus de désensibilisation en dehors des heures de travail. Le médecin traitant, les différents organismes de médecine sociale, devront participer à ces traitements qui intéressent une forte proportion des adultes de la population active.

7°) L'avenir verra s'améliorer les techniques de désensibilisation avec les allergènes retard qui rendront la thérapeutique moins astreignante.

*
* *

Vu le Président de Thèse

Pr. M. GAULTIER

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - DAMON H.
L'organisation d'une consultation d'allergie.
Thèse, Paris, 1962.
- 2 - DWORETZKY, MURRAY and ISAACS :
Small dose emulsion treatment of ragweed pollinosis : a double
blind study continued for three seasons.
Journal of Allergy : 35, sept. 1964, 438.
- 3 - FOWLER J.W. and LOWELL F.C.
The accumulation of eosinophils as an allergic response to allergen
applied to the denuded skin surface.
Journal of Allergy : 37, 1966, 19.
- 4 - FONTANA V.J., HOLT L.E. and MAINLAND D.
Effectiveness of hyposensitization therapy in ragweed hay fever
in children.
J.A.M.A., 195 : 12, March 1966, 21.
- 5 - FRANKLAND A.W. and AUGUSTIN R.
Prophylaxis of summer hay fever and asthma.
Lancet, 1, 1055, 1954.
- 6 - GAULTIER M., FOURNIER E., GERVAIS P. et VIGNOLET
Un cas d'asthme à la gomme arabique. Histoire clinique, tests
cutanés, épreuves fonctionnelles respiratoires.
Arch. Mal. Prof., 1960, 21, 55-56.
- 7 - GAULTIER M., FOURNIER E., GERVAIS P.
L'asthme professionnel par allergie à la pénicilline.
Arch. Mal. Prof. 1960, 21-31.
- 8 - GAULTIER M., FOURNIER E., GERVAIS P. et HABIB G.
Problèmes médicaux et médico-légaux posés par l'allergie respira-
toire à la pénicilline dans les professions médicales et pharma-
ceutiques.
Rev. Franç. d'Allergie, 1962, n° 2, 92.
- 9 - GERVAIS P. et JOUASSET D.
Conceptions physiopathologiques de l'asthme.
Vie Médicale, 1960, p. 341.

- 10 - GERVAIS P. et DAMON H.
Importance pratique des problèmes d'allergologie respiratoire professionnelle.
Cahiers Rev. Med. Franc. Nov. 1962.
- 11 - GERVAIS P.
Les accidents liés à la pollution atmosphérique : épidémiologie, symptomatologie et traitement.
Rev. de Tub. et de Pneum. : 1963, 27, 839.
- 12 - GERVAIS P.
Accidents allergiques en agriculture.
Revue du Praticien, 1965, XV, 3.841.
- 13 - GERVAIS P. et GARELLY E.
Le test de la fenêtre dermique en allergologie.
Rev. Franç. d'Allergie : juin 1967.
- 14 - GERVAIS P.
Principales manifestations pathologiques observées dans le travail des matières plastiques.
Revue belge des matières plastiques : 1965, n° 3, 211.
- 15 - HALLE C.I., LOWELL F.C.
Diminution of the eosinophilotactic response, a specific effect of injections of allergenic extracts.
Journal of Allergy : January 1967.
- 16 - JOHNSTONE D.
Study of the roles of antigen dosage in the treatment of pollinosis and pollen asthma.
J. Dis. Children, 94 : 15, July 1957.
- 17 - LELONG M., SCLAFFER J., VIALATTE J., GRENET P. et BRUNET-LONGOT
Allergie respiratoire chez l'enfant : résultats thérapeutiques.
Acta Allergologica : 1959, 14, 105.
- 18 - LICHTENSTEIN L.M., NORMAN P.
In vitro : Studies of human ragweed allergy. Changes in cellular and humoral activity associated with specific desensitization.
Journal of Clinical Investigation : Vol. 45, n° 7, 1966.
- 19 - LOVELESS M.
Repository immunisation in pollen allergy.
J. Immunology. 79 : 68, July 1957.
- 20 - LOWELL F.C., FRANKLIN W.
Double blind study of treatment with aqueous allergenic extracts in cases of allergenic rhinitis.
J. of Allergy, 34 : 16, 182, March 1963.

- 21 - LOWELL F.C., FRANKLIN W.
A double blind study of effectiveness and specificity of injection therapy in ragweed hay fever.
New England J. Med. 273 : 675-679, sept. 1965.
- 22 - LOWELL F.C. and FRANKLIN W.
Comparison of two dosages of ragweed extracts in the treatment of pollinosis.
J.A.M.A., 201 : 12, sept. 1967.
- 23 - PASTEUR VALLERY-RADOT, WOLFFFROMM R.
Maladies allergiques.
Encyclopédie Flammarion.
- 24 - SIDI E., GERVAIS P., BOURGEOIS-SPINASSE J. et GERVAIS A.
Les manifestations d'allergie au persulfate d'ammonium (décolorants capillaires en poudre)
Acta Allergologica, 1965, XXI, 273-77.
- 25 - SPECACE G.A., POMPER S.G.
The effect of antigen injections on skin reactivity to antigens.
Journal of Allergy, 28 : 1 - July 1966.
- 26 - VALLERY-RADOT C.
Technique de désensibilisation spécifique de l'asthme allergique.
Gaz. méd. de France, 1962, t. 69, 2217-2220.
- 27 - WOLFFFROMM R.
La désensibilisation spécifique dans l'asthme de l'adulte.
Acquisitions médicales récentes. 1954, 199-206.
- 28 - WOLFFFROMM R.
Thérapeutique pratique de l'asthme de l'adulte. Principes et conduite générale du traitement moderne.
Rev. Med. Franç. n° 10, oct. 1960, pp. 713-720.
- 29 - WOLFFFROMM R., BOUCHERY M. et LEDUC X.
Le pronostic de l'asthme allergique de l'adulte traité par désensibilisation spécifique.
Rev. Franç. d'Allergie, 1, 1-15, 1961.
- 30 - WOLFFFROMM R. et NATAF P.
Allergie. Bilan thérapeutique quinquennal.
Gaz. Med. France, 1961, t. 68, pp. 93-112.
- 31 - WOLFFFROMM R., DENIS J. et LANGE R.
Bases immunologiques en allergie.
Gaz. Med. France, 1962, t. 69, n° 13.
- 32 - WOLFFFROMM R., GERVAIS P., HERMAN D. et CAVIGNEAUX A.
Définition et critères de l'asthme professionnel.
Poumon et Coeur, 1966, XXII, n° 5.
-



agemp



EDITIONS

40 R. Pascal

PARIS 13°

TELEPHONE

535.18-93

535.18-62